様式１

診療記録等の開示請求書

令和　　年　　月　　日

ＪＣＨＯ神戸中央病院　院長　殿

（ふりがな）
請求者氏名　　㊞　　患者との続柄（　　）

住所
〒　　電話番号　　（　　）

下記のとおり診療録等の開示を請求します。

１．開示を請求する診療録等（太枠内を〇で囲んでください）

※請求者が患者本人でない場合は、患者氏名及び診察券番号を必ずご記入ください

患 者 氏 名：

診察券番号：　　不明の場合は生年月日：　　年　　月　　日

(1)診療記録　(2)Ｘ線画像　(3)その他（　　）

対象診療科（　　）　(1)外来　(2)入院

対象期間　(1)　　年　　月　　日～　　年　　月　　日　(2)すべて

２．開示の実施方法（太枠内を〇で囲んでください）

(1)閲覧　(2)写しの交付　(3)口頭による説明　　（　病院で交付 ・ 着払いで郵送　）

３．本人確認等（太枠内を〇で囲んでください）

①開示請求者（患者との関係）

(1)本人　(2)法定代理人　(3)任意後見人　(4)親族　(5)遺族

②請求者本人確認書類

(1)運転免許証　(2)健康保険証　(3)パスポート　(4)その他（　　）

③患者本人の状況等　**※請求者が患者本人でない場合にのみ、ご記入ください**

(ｱ)患者状況　(1)未成年者（　　年　　月　　日生）　(2)成年被後見人

（ふりがな）

(ｲ)患者氏名　　**患者本人が15歳以上の場合<u>自署</u>で**

(ｳ)患者住所

④請求資格確認書類（本人以外が請求する場合）

(1)戸籍謄本　(2)その他（　　）